

**General Conditions of Insurance**

**شروط التأمين العامة**

**Educational Institution Fees**

**حماية الرسوم المدرسية**

## Introduction

This **Policy, Insurance Certificate** and any document contains all information supplied when applying for this insurance and is a contract between **You** and **Us**. Coverage provided under this **Policy** is underwritten by Qatar Insurance Company Q.S.P.C. (We/Us).

This insurance will secure the **Educational Institution Fees** due by **You** to **Educational institution** for the Course of Study during the **Academic Year**, in which Your Child is enrolled, if **You** or **Your Child** suffer one of the following events:

- **You** are unable to work due to **Accident Work Incapacity**.
- **You** become **Unemployed** through no fault of **Your** own
- Die as a result of an **Accident**.
- Suffer a **Permanent total disablement** due to an **Accident**.
- **Your Child** is temporarily unable to attend the **Educational Institution** for the **Course of Study** during the **Academic Year** for medical reasons related to an **Accident** or **Sickness**.

It will also give **You** peace of mind by reimbursing the **Examinations** fees **You** have paid if:

- **Your Child** is temporarily unable to complete the **Examinations** due to **Hospitalisation** from an **Accident** or **Sickness**, or due to the **Accidental Death** of a **Close Relative**.

The **Insurance Certificate** and this **Policy** provide the full insurance terms and conditions with **Us**.

**You** should check the **Policy** and **Insurance Certificate** carefully to ensure they are correct and meet **Your** requirements, and notify **Us** immediately if anything is incorrect, as this could affect **Your Policy** cover in the event of a **Claim**.

**You** should keep these documents in a safe place. **You** must tell **Us** if either **Your** insurance needs or any of the information **You** have given **Us** changes. A change in circumstances may affect **Policy** cover, even if **You** do not think a change is significant, **We** may need to change this **Policy**. If a change is submitted, **We** will update the **Policy** and issue a new **Insurance Certificate** each time a change is agreed.

## المقدمة

تتضمن هذه الوثيقة، وشهادة التأمين، وأية وثيقة تتضمن المعلومات التي تم تقديمها عند طلب الحصول على هذا التأمين، وهي تُعد عقدًا بينك وبيننا. وتخضع التغطية المقدمة بموجب هذه الوثيقة للاكتتاب من قبل شركة قطر للتأمين ش.م.ق (نحن/لنا).

سيقوم هذا التأمين بتغطية رسوم المؤسسة التعليمية المستحقة من قبلك للمؤسسة التعليمية عن البرنامج الدراسي خلال السنة الأكاديمية التي يكون فيها طفلك مسجلًا، وذلك في حال تعرضك أنت أو طفلك لأحد الأحداث التالية:

- عدم قدرتك على العمل بسبب عجز ناجم عن حادث.
- فقدانك لوظيفتك دون أن يكون ذلك بسبب خطأ منك.
- الوفاة نتيجة حادث.
- تعرضك لعجز كلي ودائم بسبب حادث.
- عدم قدرة طفلك على الالتحاق بالمؤسسة التعليمية بشكل مؤقت خلال السنة الأكاديمية لأسباب طبية ناتجة عن حادث أو مرض.

كما سيمنحك راحة البال من خلال تعويض رسوم الامتحانات التي قمت بسدادها في حال:

- تعذر على طفلك إكمال الامتحانات بشكل مؤقت بسبب دخوله المستشفى نتيجة حادث أو مرض، أو بسبب الوفاة العرضية لأحد الأقارب المقربين.

تشكل شهادة التأمين وهذه الوثيقة مجتمعتين الشروط والأحكام الكاملة للتأمين معنا

يجب عليك مراجعة وثيقة التأمين وشهادة التأمين بعناية للتأكد من صحتها ومطابقتها لمتطلباتك، وإبلاغنا فورًا إذا كان هناك أي خطأ، حيث قد يؤثر ذلك على تغطية الوثيقة في حال تقديم مطالبة

يجب عليك الاحتفاظ بهذه الوثائق في مكان آمن. ويجب عليك إبلاغنا إذا طرأ أي تغيير على احتياجاتك التأمينية أو على أي من المعلومات التي قدمتها لنا. قد يؤثر تغيير الظروف على تغطية الوثيقة، حتى وإن لم تكن تعتقد أن التغيير مهم، فقد نحتاج إلى تعديل هذه الوثيقة. وإذا تم تقديم تغيير، فسنقوم بتحديث الوثيقة وإصدار شهادة تأمين جديدة في كل مرة يتم فيها الاتفاق على التغيير.

Table of Benefits  
Core Coverage

جدول المزايا  
التغطية الأساسية

الاستحقاق في حالة	مدة التأهل	فترة الانتظار	أقصى مدة للاستحقاقات	الخيار أ أقصى مبلغ مطالبة (المبلغ المؤمن عليه)	الخيار ب أقصى مبلغ مطالبة (المبلغ المؤمن عليه)	الخيار ج أقصى مبلغ مطالبة (المبلغ المؤمن عليه)
الوفاة بسبب حادث			دفع الرسوم الدراسية لسنة دراسية واحدة خلال فترة سريان الوثيقة	حتى 30,000 ر.ق	حتى 50,000 ر.ق	حتى 75,000 ر.ق
العجز الكامل الدائم بسبب حادث	60% = 100%		دفع الرسوم الدراسية لسنة دراسية واحدة خلال فترة سريان الوثيقة	حتى 30,000 ر.ق	حتى 50,000 ر.ق	حتى 75,000 ر.ق
عدم القدرة المؤقتة على العمل بسبب حادث	30 يوم	30 يوم	دفع الرسوم الدراسية لسنة دراسية واحدة خلال فترة سريان الوثيقة	حتى 10,000 ر.ق	حتى 10,000 ر.ق	حتى 10,000 ر.ق
البطالة تأمين ضد فقدان العمل	60 يوم	30 يوم	دفع الرسوم الدراسية لسنة دراسية واحدة خلال فترة سريان الوثيقة	حتى 30,000 ر.ق	حتى 50,000 ر.ق	حتى 75,000 ر.ق
التوقف عن الدراسة نتيجة معاناة ابنك من حادث أو مرض	60 يوم	لا يوجد	دفع الرسوم الدراسية لسنة دراسية واحدة خلال فترة سريان الوثيقة	حتى 10,000 ر.ق	حتى 10,000 ر.ق	حتى 10,000 ر.ق
عدم إكمال ابنك للامتحان بسبب:						
إقامة ابنك في المستشفى نتيجة حادث أو مرض أثناء مدة الـ 15 يوماً التي تسبق الامتحان (الامتحانات)	48 ساعة	لا يوجد	دفع رسوم الامتحانات لسنة دراسية واحدة خلال فترة سريان الوثيقة	حتى 10,000 ر.ق	حتى 10,000 ر.ق	حتى 10,000 ر.ق
الوفاة بسبب حادث لأحد الأقارب المقربين أثناء فترة الشهر التي تسبق الامتحان (الامتحانات)	لا يوجد	لا يوجد	دفع رسوم الامتحانات لسنة دراسية واحدة خلال فترة سريان الوثيقة	حتى 10,000 ر.ق	حتى 10,000 ر.ق	حتى 10,000 ر.ق

Benefit in case of	Deductible / Qualifying period	Waiting Period	Maximum duration of benefits	Option A	Option B	Option C			
				Maximum Claim amount (Sum Insured)	Maximum Claim amount (Sum Insured)	Maximum Claim amount (Sum Insured)	Schools - Primary & Secondary	Kinder Gardens	Universities
Accidental Death			Up to one academic year of fee payments within the Policy Period	up to QR30,000	up to QR50,000	up to QR75,000	✓	✓	✓
Permanent Total Disablement due to an Accident	60%=100%		Up to one academic year of fee payments within the Policy Period	up to QR30,000	up to QR50,000	up to QR75,000	✓	✓	✓
Temporary Work Incapacity due to Accident	30 days	30 days	Up to one academic year of fee payments within the Policy Period	up to QR10,000	up to QR10,000	up to QR10,000	✓	✓	✓
Unemployment ILOE	60 days	30 days	Up to one academic year of fee payments within the Policy Period	up to QR30,000	up to QR50,000	up to QR75,000	✓	✓	✓
Study Break as a result of Your Child suffering Accident or Sickness	60 days	None	Up to one academic year of fee payments within the Policy Period	up to QR10,000	up to QR10,000	up to QR10,000	✓		✓
Missed Exam Completion by Your Child due to:-									
Hospitalisation of Your Child as a result of Accident or Sickness during the 15 day period prior to Exam(s) and/or during the Exam(s)	48 hours	None	Coverage for examination fee payments for up to one academic year during the policy period	up to QR10,000	up to QR10,000	up to QR10,000	✓		
Accidental death of a Close Relative during the 1 month period prior to Exam(s) and/or during the Exam(s)	None	None	Coverage for examination fee payments for up to one academic year during the policy period	up to QR10,000	up to QR10,000	up to QR10,000	✓		

## Important Information

## معلومات هامة

### The insurer

### شركة التأمين

Qatar Insurance Company Q.S.P.C, a company registered under the laws of the State of Qatar with commercial registration number 20 and authorised and regulated by the Qatar Central Bank and having its registered office at Tamin Street, West Bay, Doha, Qatar.

شركة قطر للتأمين ش.م.ق، شركة مسجلة وفقاً لقوانين دولة قطر تحت السجل التجاري رقم 20، ومرخصة ومنظمة من قبل مصرف قطر المركزي، ويقع مكتبها المسجل في شارع تأمين، الخليج الغربي، الدوحة، قطر.

### Benefit payments

### مبالغ التعويض

You agree that We shall pay all benefits under this **Policy** to the **Educational Institution Your Child** attends, which will then credit them to **Your** account.

أنت توافق على أن نقوم بدفع جميع المزايا بموجب هذه الوثيقة إلى المؤسسة التعليمية التي يرتادها طفلك، والتي ستقوم بدورها بقيدها في حسابك

### When are you covered?

### متى تكون مشمولاً بالتغطية؟

### The insurance cover begins:

### يبدأ غطاء التأمين:

On the **Insurance Start Date** specified in the **Insurance Certificate** after the end of the **Qualifying Period**, if such **Qualifying Period** is provided for in this **Policy**.

في تاريخ بدء التأمين المحدد في شهادة التأمين بعد نهاية فترة التأهل ، إذا ما نص على فترة التأهل هذه في هذه الوثيقة.

**Insurance Start Date** shall commence at 00.00 hours on the day following the date of conclusion of this **Policy**.

يبدأ تاريخ بدء التأمين الساعة 00.00 في اليوم التالي لتاريخ إبرام هذه الوثيقة.

### When will cover end:

### متى تنتهي التغطية:

On the **Insurance End Date** indicated in the **Insurance Certificate** or earlier, on the earliest of the following:

في تاريخ نهاية التأمين الموضح في شهادة التأمين أو قبله ، التاريخ الأقرب من بين ما يلي:

- upon termination of **Your** obligation to pay **Educational Institution Fees**, for whatever reason; or
- at the end of the calendar month in which **You** turn 60 years of age; or
- as soon as insurance benefit has been paid for **Permanent Total Disablement**; or
- in the event of **Your** death; or
- **You** are no longer a resident of Qatar; or
- 30 days after **Our** notification on failure to pay the premium; or
- In case where the **Premium** is paid on a monthly basis, the **Policy** will be automatically cancelled in case the monthly **Premium** is not paid by **You** on the due date.
- The date when **You** or **We** cancel the **Policy** in accordance with the terms and conditions of this **Policy**

- عند انتهاء التزامك بدفع رسوم المؤسسة التعليمية، لأي سبب كان؛ أو
- في نهاية الشهر الميلادي الذي تبلغ فيه سن الستين؛ أو
- بمجرد صرف منفعة التأمين بسبب العجز الكلي الدائم؛ أو
- في حالة وفاتك؛ أو
- إذا لم تعد مقيماً في دولة قطر؛ أو
- بعد 30 يوماً من إشعارنا بعدم سداد القسط التأميني؛ أو
- في حال الدفع الشهري لقسط التأمين، فستُلغى الوثيقة تلقائياً في حال عدم سدادك للقسط الشهري في تاريخ الاستحقاق.
- التاريخ الذي تقوم فيه أنت أو نحن بإلغاء الوثيقة وفقاً لشروط وأحكام هذه الوثيقة

## شروط الاستحقاق

### Eligibility Criteria

To be covered under this **Policy**:

- **You** must be aged between 18 and 60 years old; and
- **Your Child** must be aged between 3 and 25 years old, financially dependent on **You**, and in **Full Time Education**; and
- **You** and **Your Child** must be residents of Qatar, or have a residence permit from the Ministry of Interior to reside in Qatar; and
- **You** and **Your Child** must hold a valid Qatar Identity Card (QID) issued by the Ministry of Interior.

Additional eligibility criteria for **Unemployment** benefit only, **You** must:

- be aged between 18 and 60 years old; and
- have a permanent employment contract at the date of contracting the **Policy**.
- be a **Full time worker** (work more than 20 hours per week).
- must have a minimum continuous, consecutive, and uninterrupted employment period of 12 months with the same employer at the date of contracting the **Policy**.
- not be **Self-employed** (including in a partnership or family business).
- not be in temporary or seasonal employment or on a fixed-term contract.
- For **Government Employees**: have a permanent contract or be under a fixed-term contract treated as permanent under public law.

### Section 1: Accidental Death

#### What is covered

If **You** die as a result of an **Accident** during the **Period of Insurance**, **We** will pay up to the maximum amount stated in the **Table of Benefits** for the **Educational Institution Fees** **You** are responsible for, directly to the **Educational Institution** **Your Child** attends. **We** will require evidence of **Your** death before paying this benefit.

#### Specific Provisions and Limitation for Section Accidental death:-

##### Disappearance

If **You** disappear and it is reasonable for the Police or registration authorities to believe that **You** have died as a result of an **Accident**, **We** will pay up to the maximum amount stated in the **Table of Benefits**. The payment will be subject to a signed undertaking given by **Your** legal representatives that if **You** are later found to be alive, the death benefit amount shall be refunded to **Us**.

ليتم تغطيتك بموجب هذه الوثيقة:

- يجب أن يتراوح عمرك بين 18 و60 عامًا؛ و
- يجب أن يتراوح عمر طفلك بين 3 و25 عامًا، وأن يكون معتمدًا عليك ماليًا، ومسجلًا في تعليم بدوام كامل؛ و
- يجب أن تكون أنت وطفلك من المقيمين في دولة قطر، أو لديكم تصريح إقامة صادر من وزارة الداخلية للإقامة في قطر؛ و
- يجب أن تحمل أنت وطفلك بطاقة هوية قطرية (QID) سارية المفعول صادرة عن وزارة الداخلية.

معايير الأهلية الإضافية لمزايا البطالة فقط ، يجب أن :

- يكون عمرك بين 18 و60 سنة، و
- يكون لديك عقد عمل دائم في تاريخ التعاقد على هذه الوثيقة
- تكون عامل بدوام كامل (العمل لأكثر من 20 ساعة في الأسبوع)
- تكون لديك مدة عمل متواصلة ومتتالية وغير متقطعة بحد أدنى 12 شهرًا مع نفس صاحب العمل في تاريخ التعاقد على هذه الوثيقة.
- لا تكون تعمل لصالحك (بما في ذلك الشراكة أو الأعمال العائلية)
- ألا تكون في وظيفة مؤقتة أو موسمية أو بعقد محدد المدة.
- بالنسبة للموظفين الحكوميين: يجب أن يكون لديك عقد دائم أو عقد محدد المدة يُعامل كعقد دائم بموجب القانون العام.

### القسم 1: الوفاة بسبب حادث

#### ما يتم تغطيته

إذا توفيت نتيجة حادث خلال فترة التأمين، فسوف نقوم بدفع ما يصل إلى الحد الأقصى للمبلغ الموضح في جدول المنافع مقابل رسوم المؤسسة التعليمية التي تتحمل مسؤوليتها، وذلك مباشرة إلى المؤسسة التعليمية التي يرتادها طفلك. وسنطلب تقديم إثبات رسمي لوفاةك قبل صرف هذه المنفعة.

#### أحكام وحدود خاصة بقسم الوفاة بسبب حادث:-

##### الاختفاء

إذا اختفيت وكان من المعقول أن تعتقد الشرطة أو الجهات المختصة بالتسجيل أنك توفيت نتيجة حادث، فسوف نقوم بدفع مبلغ يصل إلى الحد الأقصى الموضح في جدول المزايا. ويكون هذا الدفع مشروطًا بتقديم ممثلين القانونيين تعهدًا خطيًا ينص على أنه في حال تم العثور عليك حيًا لاحقًا، فإنه يتعين إعادة مبلغ منافع الوفاة إلينا.

## Exposure

If **You** die as a result of unavoidable exposure to severe weather conditions, **We** will consider it as having been caused by an **Accident**.

## Payment of Benefit under multiple Items

In the event **We** agree to pay a Claim under **Permanent Total Disability** then no benefit amount will be payable under for **Accidental** death in respect of the same **Accident**.

## Section 2: Permanent Total Disablement

### What is covered

If, during the **Period of Insurance**, **You** have an **Accident** which results in **Your Permanent Total Disablement**, **We** will pay as at the date of the certified **Permanent Total Disablement**, up to the maximum amount stated in the **Table of Benefits** for the payment of **Educational Institution Fees** that **You** are responsible for paying, to the **Educational Institution Your Child** attends.

### Specific Exclusions (note: General Exclusions also apply)

**You** will not be covered for:

1. any physical defect, **Sickness** or medical condition diagnosed or for which medical advice or treatment has been received, or which required in-patient or out-patient treatment within 12 months prior to the **Insurance Start Date**; or
2. any **Permanent Total Disablement** medically certified with a degree less than 60%;
3. any cerebrovascular and cardiovascular **Accident**, including but not limited to aneurysms, heart attacks, haemorrhages, strokes and similar;
4. any consequences of invasive diagnostic processes or adverse reactions to any type of medical or surgical treatment;
5. any consequences of fainting, syncope, epileptic seizures of any kind, morbid or degenerative states and hernias, whatever their origin.

## التعرض للمخاطر

إذا توفيت نتيجة التعرض القهري لظروف جوية قاسية، فسنعُد ذلك ناتجًا عن حادث.

## دفع استحقاق بموجب بنود متعددة

في حال موافقتنا على دفع مطالبة بموجب العجز الكلي الدائم، فلن يتم دفع أي مبلغ منفعة عن الوفاة العرضية الناتجة عن نفس الحادث.

## القسم 2: العجز الكلي الدائم

### ما يتم تغطيته

إذا تعرضت خلال فترة التأمين لحادث نتج عنه عجز كلي دائم، فسنقوم بدفع مبلغ يصل إلى الحد الأقصى الموضح في جدول المزايا، وذلك اعتبارًا من تاريخ إثبات العجز الكلي الدائم، لتغطية رسوم المؤسسة التعليمية التي تقع على عاتقك، إلى المؤسسة التعليمية التي يرتادها طفلك.

### الاستثناءات الخاصة (ملاحظة: لا تنطبق الاستثناء العامة)

لن يتم تغطيتك نظير:

1. أي عيب جسدي أو مرض أو حالة طبية تم تشخيصها أو تم تلقي استشارة أو علاج طبي بشأنها، أو تطلبت علاجًا داخليًا أو خارجيًا خلال 12 شهرًا قبل تاريخ بدء التأمين؛ أو
2. أي حالة عجز كلي دائم موثقة طبياً بدرجة تقل عن 60%؛
3. أي حادث وعائي دماغي أو قلبي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: تمدد الأوعية الدموية، النوبات القلبية، النزيف، السكتات الدماغية، وما شابهها؛
4. أي تبعات ناتجة عن إجراءات تشخيصية تداخلية أو ردود فعل سلبية لأي نوع من العلاجات الطبية أو الجراحية؛
5. أي تبعات للإغماء، أو فقدان الوعي، أو النوبات الصرعية بكافة أنواعها، أو الحالات المرضية أو التنكسية، والفتوق أيًا كان مصدرها.

### Section 3: Temporary Work Incapacity due to Accident

#### What is covered

If, during the **Period of Insurance**, **You** have an **Accident** which results in **Your Temporary Work Incapacity**, **We** will pay up to the amount specified in the **Table of Benefits** as at the date of the start of **Your** medically certified **Work Incapacity**. This payment will cover the **Educational Institution Fees** that **You** are responsible for from the date of the **insured event** date onward and will be paid directly to the **Educational Institution Your Child** attends.

The first payment will be made after the **Waiting Period**.

**We** will pay up to the amount stated in the **Table of Benefits** as **Educational Institution Fees** on the final due date stated on the invoice issued by the **Educational Institute**, providing that **You** have sent **Us** medical evidence of **Your** continuous **Work Incapacity** the final due date.

The maximum **We** will pay per **Insured Event** are the **Educational Institution Fees** for one **Academic Year**.

**We** will not be liable for any arrears or late payments of the **Educational Institution Fees**.

Benefit payments will cease if **Your** condition is no longer temporary and/ or is confirmed as a **Permanent Total Disability**.

#### Waiting Period

The first 30 days, from the date of the medically certified **Temporary Work Incapacity**, is the **Waiting Period**, during which the benefit will not be paid.

Once the **Waiting Period** has elapsed, the benefit will be paid from the date of the medically certified **Work Incapacity**, up to a maximum of one **Academic Year Educational Institution Fees**.

#### Qualifying period

**You** will not be covered for the first 30 days from the **Insurance Start Date** shown on **Your Insurance Certificate**. Any **Work Incapacity** resulting from an **Accident** which occurred during this period will not be covered under this **Policy**.

#### Requalifying period

After receiving benefits under this section, there is an additional qualifying period of 3 months, which means that any **Insured Event** which occurs within 3 months after the payment of the benefits under this section ceases are not covered under this **Policy**.

If **You** submit a new **Claim** within 1 month for the same **Insured Event**, it will be considered part of the previous **Claim**.

#### Specific conditions

Benefit payments for this benefit will cease the earliest of the following:

### القسم 3: العجز المؤقت عن العمل بسبب حادث

#### ما يتم تغطيته

إذا تعرضت لحادث خلال فترة التأمين أدى إلى عدم قدرتك المؤقتة على العمل، فسوف نقوم بدفع مبلغ يصل إلى القيمة المحددة في جدول المنافع، وذلك اعتباراً من تاريخ بدء عدم قدرتك على العمل كما هو موثق بتقرير طبي. سيغطي هذا المبلغ رسوم المؤسسة التعليمية التي تقع على عاتقك اعتباراً من تاريخ وقوع الحادث، وسيتم دفعه مباشرة إلى المؤسسة التعليمية التي يرتادها طفلك.

سيتم سداد الدفعة الأولى بعد فترة الانتظار.

سوف نقوم بدفع مبلغ يصل إلى القيمة المحددة في جدول المنافع كرسوم للمؤسسة التعليمية، وذلك في تاريخ الاستحقاق النهائي الموضح في الفاتورة الصادرة عن المؤسسة التعليمية، شريطة أن تكون قد أرسلت لنا دليلاً طبيًا يُثبت استمرار عدم قدرتك على العمل حتى تاريخ الاستحقاق النهائي.

الحد الأقصى الذي سندفعه لكل حادث مؤمن عليه هو رسوم المؤسسة التعليمية لسنة دراسية واحدة.

لن نكون مسؤولين عن أي متأخرات أو تأخيرات في دفع رسوم المؤسسة التعليمية.

سيتوقف صرف المنافع إذا لم تعد حالتك مؤقتة و/أو تم تأكيدها كعجز كلي دائم.

#### فترة الانتظار

تُعد أول 30 يوماً من تاريخ إثبات العجز المؤقت عن العمل طبيًا فترة انتظار، لا يتم خلالها دفع المنفعة.

وبمجرد انقضاء فترة الانتظار، تُصرف المنفعة اعتباراً من تاريخ إثبات العجز المؤقت عن العمل طبيًا، وبحد أقصى رسوم مؤسسة تعليمية لسنة دراسية واحدة.

#### فترة التأهل

لن تكون مشمولاً بالتغطية خلال أول 30 يوماً من تاريخ بدء التأمين الموضح في شهادة التأمين الخاصة بك. وأي عجز عن العمل ناتج عن حادث وقع خلال هذه الفترة لن يكون مشمولاً بموجب هذه الوثيقة.

#### فترة إعادة التأهل

بعد استلام المنافع بموجب هذا القسم، هناك فترة تأهيل إضافية مدتها 3 أشهر، مما يعني أن أي حادث مؤمن عليه يقع خلال 3 أشهر من تاريخ توقف صرف المنافع بموجب هذا القسم لن يكون مشمولاً ضمن هذه الوثيقة.

إذا قمت بتقديم مطالبة جديدة خلال شهر واحد لنفس الحادث المؤمن عليه، فسُتعتبر جزءاً من المطالبة السابقة.

#### شروط محددة

سوف يتوقف دفع المزايا في أقرب الحالات التالية:

- The date **You** no longer suffer from a **Work Incapacity** or cease to provide the documents proving that **You** still suffer from a **Work Incapacity**.
- One academic year after the **Insured Event**.
- The **Insurance End Date**.

**You** can only **Claim** under one insurance benefit at a time.

Specific exclusions (note: General Exclusions also apply)

**You** will not be covered for:

1. any physical defect, **Sickness** or medical condition unless directly caused by an **Accident**; or
2. **You** are in **Temporary Work Incapacity** before the **Insurance Start Date**.
3. any **Educational Institution Fees** that **You** are not responsible for paying, for example if **Your** Employer continues to pay for **Your Child's Educational Institution Fees** while **You** are temporarily incapacitated.
4. Maternity or Paternity leave period.
5. **Claims** resulting from depressive anxiety disorders in all their clinical varieties, whatever their origin.
6. **Claims** arising from post-traumatic stress syndrome and other psychiatric disorders.
7. **Claims** arising from the following conditions: back pain, lumbago, headaches, Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, cervical pain and any musculoskeletal pain, as well as any other that has no proven physical cause unless there is objective evidence from complementary medical studies (X-rays, scans, CAT scans, etc.) and which are the main cause of the **Work Incapacity**.
8. **Claims** arising from periods of observation (or similar periods) in the event of **Accident** when **You** are not in **Temporary Work Incapacity** as defined in this **Policy**.
9. **Claims** arising from or caused by an outbreak of an infectious or **Communicable disease** that has been declared as a **Pandemic** or **Epidemic**.

• تاريخ توقفك عن المعاناة من العجز عن العمل أو توقفك عن تقديم المستندات التي تثبت استمرار حالتك.

• بعد مرور سنة دراسية واحدة من تاريخ وقوع الحادث المؤمن عليه.

• تاريخ انتهاء التأمين.

يمكنك المطالبة بمنفعة تأمينية واحدة فقط في كل مرة.

**الاستثناءات الخاصة (ملاحظة: تنطبق أيضًا الاستثناءات العامة)**

لن تكون مشمولاً بالتغطية في الحالات التالية:

1. أي عيب جسدي أو مرض أو حالة طبية، ما لم تكن ناجمة مباشرة عن حادث؛ أو
2. إذا كنت في حالة عجز مؤقت عن العمل قبل تاريخ بدء التأمين؛
3. أي رسوم تعليمية لا تقع ضمن مسؤوليتك، مثل الحالات التي يستمر فيها صاحب العمل بدفع رسوم تعليم طفلك أثناء فترة العجز المؤقت؛
4. فترة إجازة الأمومة أو الأبوة؛
5. المطالبات الناتجة عن اضطرابات القلق الاكتئابي بجميع أشكالها السريرية، مهما كان منشأها؛
6. المطالبات الناتجة عن متلازمة ما بعد الصدمة النفسية وغيرها من الاضطرابات النفسية؛
7. المطالبات الناتجة عن الحالات التالية: آلام الظهر، آلام القطن، الصداع، الفيبروميالغيا، متلازمة التعب المزمن، آلام الرقبة، وأي آلام عضلية هيكلية أخرى، وكذلك أي حالة ليس لها سبب عضوي مثبت، ما لم توجد أدلة طبية موضوعية من دراسات مساندة (مثل الأشعة السينية، التصوير بالرنين المغناطيسي، الأشعة المقطعية، إلخ) وتكون هذه الحالات هي السبب الرئيسي للعجز عن العمل.
8. المطالبات الناشئة عن فترات المراقبة (أو فترات مماثلة) في حالة وقوع حادث، إذا لم تكن غير قادر مؤقتًا على العمل كما هو محدد في هذه الوثيقة.
9. المطالبات الناشئة عن أو الناتجة عن تفشي مرض معدٍ أو وبائي تم الإعلان عنه كوباء أو جائحة.



## Section 4: Unemployment

### What is covered

If, during the **Period of Insurance**, **You** become **Unemployed**, **We** will pay up to the amount stated in the **Table of Benefits** as at the date of **Unemployment**, for the payment of **Educational Institution Fees** that **You** are responsible for from the date of the **insured event** date onward and will be paid directly to the **Educational Institution Your Child** attends and for a maximum of one **Academic Year**.

The first payment will be made after the **Waiting Period** and any **Notice Period**.

**We** will pay up to the amount stated in the **Table of Benefits** as **Educational Institution Fees** on the final due date stated on the invoice issued by the **Educational Institute**, provided that **You** have sent **Us** evidence of continuous **Unemployment** on the final due date.

The maximum **We** will pay per **Insured Event** is for up to one **Academic Year** of **Educational Institution Fees**.

**We** will not be liable for any arrears or late payments of the **Educational Institution Fees**.

*Payment calculation example: Upon occurrence of the insured event, if the **Educational Institution Fees** amount is equivalent to QR10,000 for the forthcoming term, invoiced by and due to be paid to the **Educational Institution**. After the end of the **Waiting Period**, and on the due date of the invoice and provided that **You** remain **Unemployed**, the insurer will pay QR10,000 (excluding Arrears) to the **Educational Institution** for the term.*

*Please note that the insurer will only cover **Educational Institution Fees** that are due for the remainder of the current academic year following the insured event.*

### Waiting Period

The first 30 days, from the date of notice of **Unemployment**, are the **Waiting Period**, during which the **Educational Institution Fees** will not be paid.

Once the **Waiting Period** and any **Notice Period** have elapsed, the **Educational Institution Fees** will be paid from the date of notice of **Unemployment**, up to the maximum claim amount stated in the **Table of Benefits**.

### Qualifying period

**You** will not be covered for the first 60 days from the **Insurance Start Date** shown on **Your Insurance Certificate**. Any **Unemployment** which occurred during this period will not be covered under this **Policy**.

## القسم 4: البطالة

### ما يتم تغطيته

إذا أصبحت عاطلاً عن العمل خلال فترة التأمين، فسوف نقوم بدفع مبلغ يصل إلى القيمة المحددة في جدول المنافع اعتباراً من تاريخ فقدان الوظيفة، وذلك لتغطية رسوم المؤسسة التعليمية التي تتحمل مسؤوليتها، بدءاً من تاريخ وقوع الحدث، على أن يتم دفع المبلغ مباشرة إلى المؤسسة التعليمية التي يرتادها طفلك، ولمدة لا تتجاوز سنة أكاديمية واحدة.

سيتم صرف الدفعة الأولى بعد انتهاء فترة الانتظار وأي فترة إشعار

سوف نقوم بدفع مبلغ يصل إلى القيمة المحددة في جدول المنافع كرسوم للمؤسسة التعليمية، وذلك في تاريخ الاستحقاق النهائي الموضح في الفاتورة الصادرة عن المؤسسة التعليمية، شريطة أن تكون قد أرسلت لنا دليلاً يثبت استمرار حالة البطالة حتى تاريخ الاستحقاق النهائي.

الحد الأقصى الذي سندفعه لكل حادث مؤمن عليه هو ما يعادل رسوم مؤسسة تعليمية لسنة دراسية واحدة.

لن نكون مسؤولين عن أي متأخرات أو تأخيرات في دفع رسوم المؤسسة التعليمية.

مثال على حساب مبلغ المطالبة المستحق: عند وقوع الحدث، إذا كانت رسوم المؤسسة التعليمية للفصل الدراسي القادم تعادل 10,000 ريال قطري، وتم إصدار الفاتورة من قبل المؤسسة التعليمية وكان من المقرر سدادها لها، فبعد انتهاء فترة الانتظار، وفي تاريخ استحقاق الفاتورة، وبشرط استمرار حالتك كعاطل عن العمل، ستقوم شركة التأمين بدفع مبلغ 10,000 ريال قطري (باستثناء المتأخرات) إلى المؤسسة التعليمية عن ذلك الفصل الدراسي.

يرجى ملاحظة أن شركة التأمين ستقوم فقط بتغطية رسوم المؤسسة التعليمية المستحقة عن الفترة المتبقية من السنة الأكاديمية الجارية بعد وقوع الحدث.

### فترة الانتظار

تُعد أول 30 يوماً من تاريخ الإشعار بالبطالة فترة انتظار، لا يتم خلالها دفع رسوم المؤسسة التعليمية.

وبمجرد انقضاء فترة الانتظار وأي فترة إشعار، تُدفع رسوم المؤسسة التعليمية اعتباراً من تاريخ الإشعار بالبطالة، وحتى الحد الأقصى للمطالبة الموضح في جدول المزايا.

### فترة التأهل

لن تكون مشمولاً بالتغطية خلال أول 60 يوماً من تاريخ بدء التأمين الموضح في شهادة التأمين الخاصة بك. وأي حالة بطالة تحدث خلال هذه الفترة لن تكون مشمولة بموجب هذه الوثيقة.

## فترة إعادة التأهل

بعد تقديم أول مطالبة بموجب هذه المنفعة، يجب أن تكون قد عدت إلى العمل بشكل كامل، ويجب أن تستوفي شروط الأهلية قبل أن تتم تغطية أي حادث مؤمن عليه جديد بموجب هذه الوثيقة.

## شروط خاصة

### • سوف تتوقف دفعات الاستحقاق في الموعد الأقرب من بين ما يلي:

- تاريخ عن كونك عاطلاً عن العمل أو توقفك عن تقديم المستندات التي تثبت أنك لا تزال عاطلاً عن العمل.
- سنة دراسية واحدة بعد الحدث المشمول بالتأمين.
- أقصى مبلغ مطالبة مذكور في جدول المزايا قد تم دفعه
- تاريخ نهاية التأمين

### • في وقت الإبلاغ عن مطالبة، يجب أن:

- يكون لديك حالة عاطلة.
- إذا كنت مواطناً غير قطري: قدم إثباتاً على إقامتك السارية في قطر.
- لا تكون عاملاً أو تعمل لحسابك وأنت عاطل.

## Requalification Period

After submitting the first **Claim** under this benefit, **You** must have been fully back at work, must meet the eligibility criteria before a new **Insured Event** is covered under this **Policy**.

## Special conditions

### • Benefit payments will cease on the earliest of the following:

- The date You cease to be Unemployed or cease to provide the documents proving You are still Unemployed.
- One academic year after the Insured Event.
- The maximum claim amount stated in the Table of Benefits has been paid.
- The Insurance End Date.

### • At the time of reporting a Claim, You must:

- have an unemployed status.
- If You are a non-Qatari National: provide proof of Your valid residency in Qatar
- not be working or Self-employed while Unemployed.

## What is covered

If, during the **Period of Insurance**, You have an **Accident** which results in **Your Permanent Total Disablement**, We will pay up to the amount stated in the **Table of Benefits**, for the payment of **Educational Institution Fees** that You are responsible for paying during the **insured event**, for the **Educational Institution Fees** You are responsible for from the date of the **insured event** date onward and will be paid directly to the **Educational Institution** Your Child attends for one **Academic Year**.

Specific Exclusions (note: General Exclusions also apply)

You will not be covered for:

- not meeting the eligibility criteria; or
- any termination of Your employment notified before or during the Qualifying Period of 60 days; or
- any termination of Your employment for partial layoffs or reduction of hours due to riots/War, strike, Pandemics, Epidemics; or
- any known termination of Your employment or anticipated before the Insurance Start Date; or
- being Self-Employed or owning a percentage of the business or being in company board; or
- if You are terminated due to: refusing a proposed job relocation within the same metro area, unsatisfactory performance or failure to perform as per job policy requirements, refusal to accept a change in position within the same pay scale, disciplinary actions, misconduct as stated by law/state-order and legally recognized professional negligence
- Your early retirement, and do not intend to actively seek further work; or

## ما يتم تغطيته

إذا تعرضت لحادث خلال فترة التأمين أدى إلى عجز كلي ودائم، فسوف نقوم بدفع مبلغ يصل إلى القيمة المحددة في جدول المنافع، لتغطية رسوم المؤسسة التعليمية التي تتحمل مسؤوليتها خلال فترة وقوع الحادث. وسيتم دفع الرسوم التعليمية المستحقة بدءاً من تاريخ وقوع الحادث مباشرة إلى المؤسسة التعليمية التي يترادها طفلك، ولمدة سنة أكاديمية واحدة.

## الاستثناءات الخاصة (ملاحظة: تنطبق أيضاً الاستثناءات العامة)

لن تكون مشمولاً بالتغطية في الحالات التالية:

- عدم استيفاء شروط الأهلية؛ أو
- أي إنهاء لوظيفتك تم الإبلاغ عنه قبل أو خلال فترة التأهيل البالغة 60 يوماً؛ أو
- أي إنهاء لوظيفتك بسبب تقليص جزئي أو تقليل ساعات العمل نتيجة أعمال شغب/حرب، إضرابات، أوبئة، أو جوائح؛ أو
- أي إنهاء لوظيفتك معروف أو متوقع قبل تاريخ بدء التأمين؛ أو
- كونك تعمل لحسابك الخاص أو تمتلك نسبة في العمل أو عضوًا في مجلس إدارة الشركة؛ أو
- إذا تم إنهاء خدمتك بسبب: رفض نقل وظيفي مقترح داخل نفس المنطقة الحضرية، أو أداء غير مرضٍ أو عدم الامتثال لمتطلبات الوظيفة، أو رفض تغيير في المنصب داخل نفس نطاق الراتب، أو إجراءات تأديبية، أو سوء سلوك وفقاً لما ينص عليه القانون/الأمر الرسمي، أو الإهمال المهني المعترف به قانوناً؛
- تقاعدك المبكر، ولا تنوي السعي للحصول على عمل آخر؛ أو
- إنهاء أو انتهاء عقد عمل محدد المدة أو عقد مؤقت؛ أو

- termination or expiry of a fixed-term contract or an interim contract; or
- any termination of Your employment when the employer is any family member or partner; or
- the employment terminates at Your own will or due to mutual understanding between You and Your employer; or
- Termination of self-employment; or
- when the dismissal is due to breach of professional duties or Your misconduct, or
- any physical defect, **Sickness** or medical condition diagnosed or for which medical advice or treatment has been received, or which required in-patient or out-patient treatment within 12 months prior to the **Insurance Start Date**; or
- any **Permanent Total Disablement** medically certified with a degree less than 60%;
- any cerebrovascular and cardiovascular **Accident**, including but not limited to aneurysms, heart attacks, haemorrhages, strokes and similar;
- any consequences of invasive diagnostic processes or adverse reactions to any type of medical or surgical treatment;
- any consequences of fainting, syncope, epileptic seizures of any kind, morbid or degenerative states and hernias, whatever their origin.

- أي إنهاء لوظيفتك إذا كان صاحب العمل أحد أفراد عائلتك أو شريكك؛ أو
- إذا تم إنهاء عملك بناءً على رغبتك أو باتفاق متبادل بينك وبين صاحب العمل؛ أو
- إنهاء العمل الحر؛ أو
- إذا كان الفصل بسبب إخلالك بواجباتك المهنية أو سوء سلوكك.
- أي عيب جسدي، أو مرض، أو حالة صحية تم تشخيصها أو تم تلقي نصيحة أو علاج طبي بشأنها، أو تطلبت علاجًا داخليًا أو خارجيًا خلال الـ 12 شهرًا السابقة لتاريخ بدء التأمين؛ أو
- أي حالة عجز كلي ودائم تم اعتمادها طبيًا بدرجة تقل عن 60%؛
- أي حادث وعائي دماغي أو قلبي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: تمدد الأوعية الدموية، النوبات القلبية، النزيف، السكتات الدماغية، وما شابهها؛
- أي نتائج ناتجة عن عمليات تشخيصية جراحية أو تفاعلات سلبية لأي نوع من أنواع العلاج الطبي أو الجراحي؛
- أي نتائج ناتجة عن الإغماء، فقدان الوعي، النوبات الصرعية بمختلف أنواعها، الحالات المرضية أو التنكسية، والفتوق مهما كان مصدرها.

## القسم 5: التوقف عن الدراسة

### Section 5: Study Break

If during the **Period of Insurance** and **Effective Time Your Child** suffers from an **Accident** or **Sickness** which results in them taking a **Study Break** on the advice of a **Doctor**, **We** will pay up to the amount stated in the **Table of Benefits** for the payment of **Educational Institution Fees** that **You** are responsible for paying, to the **Educational Institution Your Child** attends, for a maximum of one **Academic Year**, provided **Your Child** is required by the **Educational Institution** to repeat the **Academic Year**.

This benefit is not applicable to **Children** attending kindergarten.

#### Qualifying period

**Your Child** will not be covered for the first 60 days from the **Insurance Start Date** shown on **Your Insurance Certificate**. Any **Study Break** which occurred during this period will not be covered under this **Policy**.

### Section 6: Missed Exam Completion due to Hospitalisation

If during the **Period of Insurance** and **Effective Time Your Child** is **Hospitalised** due to an **Accident** or **Sickness** for a period of 48 hours or more, during the 15 day period prior to their **Examinations**, resulting in them being unable to complete those **Examinations**, **We** will pay up to the amount stated in the **Table of Benefits** for the payment of **Examinations Fees** that **You** have paid to the **Educational Institution Your Child** attends, for a maximum of one **Academic Year**.

This benefit is only applicable to **Children** attending primary or secondary school.

### Section 7: Missed Exam Completion due to Accidental Death of a Close Relative

If during the **Period of Insurance** and **Effective Time** an **Accident** occurs during the **Effective Time** resulting in **Accidental** death to a **Close Relative** within the 30 day period prior to **Your Child's Examinations**, resulting in **Your Child** being unable to complete their **Examinations**, **We** will pay up to the amount stated in the **Table of Benefits** for the payment of **Examinations Fees** that **You** have paid to the **Educational Institution Your Child** attends, for a maximum of one **Academic Year**.

This benefit is only applicable to **Children** attending primary or secondary school.

إذا تعرض طفلك خلال فترة التأمين وخلال وقت سريان التغطية لحادث أو مرض أدى إلى انقطاعه عن الدراسة بناءً على نصيحة طبيب، فسنقوم بدفع مبلغ يصل إلى الحد الموضح في جدول المزايا لتغطية رسوم المؤسسة التعليمية التي تقع على عاتقك، إلى المؤسسة التعليمية التي يرتادها طفلك، وذلك لمدة لا تتجاوز سنة دراسية واحدة، في حال طلبت المؤسسة التعليمية من الطفل إعادة السنة الدراسية. لا تنطبق هذه المنفعة على الأطفال الملتحقين بالروضة.

#### فترة التأهل

لن يكون طفلك مشمولاً بالتغطية خلال أول 60 يوماً من تاريخ بدء التأمين الموضح في شهادة التأمين الخاصة بك. وأي انقطاع عن الدراسة يحدث خلال هذه الفترة لن يكون مشمولاً بموجب هذه الوثيقة.

### القسم 6: عدم التمكن من إتمام الامتحان بسبب الدخول إلى المستشفى

إذا تم إدخال طفلك إلى المستشفى خلال فترة التأمين والفترة الفعالة نتيجة حادث أو مرض، لمدة 48 ساعة أو أكثر، وذلك خلال فترة 15 يوماً قبل موعد امتحاناته، مما أدى إلى عدم قدرته على إتمام تلك الامتحانات، فسوف نقوم بدفع مبلغ يصل إلى القيمة المحددة في جدول المنافع كتعويض عن رسوم الامتحانات التي قمت بسدادها للمؤسسة التعليمية التي يرتادها طفلك، وذلك بحد أقصى لسنة أكاديمية واحدة.

تنطبق هذه المنفعة فقط على الأطفال الملتحقين بالمدارس الابتدائية أو الثانوية.

### القسم 7: عدم التمكن من إتمام الامتحان بسبب الوفاة العرضية لأحد الأقارب المقربين

إذا وقع حادث خلال فترة التأمين والفترة الفعالة أدى إلى وفاة عرضية لأحد الأقارب المقربين، وذلك خلال فترة 30 يوماً قبل امتحانات طفلك، ونتج عن ذلك عدم قدرة طفلك على إتمام امتحاناته، فسوف نقوم بدفع مبلغ يصل إلى القيمة المحددة في جدول المنافع كتعويض عن رسوم الامتحانات التي قمت بسدادها للمؤسسة التعليمية التي يرتادها طفلك، وذلك بحد أقصى لسنة أكاديمية واحدة.

تنطبق هذه المنفعة فقط على الأطفال الملتحقين بالمدارس الابتدائية أو الثانوية.

## الاستثناءات العامة

تتطبق هذه الاستثناءات العامة على جميع أقسام هذه الوثيقة ، بالإضافة إلى الاستثناءات الخاصة المدرجة تحت كل قسم.

لن تكون مشمولاً بالتغطية عن أي مطالبات تنشأ عن أو تكون ذات صلة بـ:

- أي رسوم غير قابلة للاسترداد.
- الانتحار، أو محاولة الانتحار، أو إحداث إصابة ذاتية عن عمد.
- المشاركة في أي عمل إجرامي أو غير قانوني.
- فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، أو الحالات المرتبطة بها (ARC) أو أي حالة ذات صلة.
- ممارسة رياضات الشتاء بجميع أشكالها، حتى في المنشآت المغلقة. لا ينطبق هذا البند على الحوادث الناتجة عن التزلج الترفيهي أو التزلج على الجليد داخل المسارات المعدة لذلك فقط.
- ممارسة الرياضات في المسابقات أو المنافسات الآلية (مثل السباقات أو الراليات)، سواء كمحترف أو هاوي، وكذلك ممارسة الأنشطة الخطرة أو المحفوفة بالمخاطر المدرجة أدناه.
- جميع أنواع رياضة ركوب الخيل، ولا ينطبق هذا البند على الحوادث الناتجة عن ممارسة ركوب الخيل الترفيهي فقط.
- الملاكمة، رفع الأثقال، المصارعة (بمختلف أنواعها)، الرجبي، الفنون القتالية، صيد الطرائد الكبيرة، البولو.
- التسلق بالحيال في الأماكن الخارجية أو الداخلية، التسلق على الصخور الخارجية، تسلق الجليد، التسلق على المرتفعات العالية، التسلق القيادي، التسلق على الصخور، التسلق بالحيال العلوية، المشي على المرتفعات فوق 3500 متر، المشي في الجبال والرحلات الاستكشافية.
- الغوص على أعماق تزيد عن 15 متراً، الاستكشاف في الكهوف، مصارعة الثيران، والجري أمام الثيران.
- الرياضات الجوية بشكل عام.
- رياضات المغامرات مثل التجديف النهري، والقفز بالحيال، والسباحة النهرية، وتسلق الوديان، وركوب الكياك.

- التفاعل النووي، أو الانفجار النووي، أو الإشعاع النووي أو التلوث الإشعاعي، مهما كان سبب ذلك التفاعل أو الانفجار أو الإشعاع أو التلوث.
- الحرب، أو الغزو، أو أعمال الأعداء الأجانب، أو الأعمال العدائية (سواء أعلنت الحرب أم لا)، أو الحرب الأهلية، أو التمرد، أو الثورة، أو العصيان، أو السلطة العسكرية أو المغتصبة.
- الحوادث التي يتعرض لها أفراد القوات المسلحة أو قوات الأمن أثناء تأدية مهامهم.
- أي حادث يقع أثناء وجودك تحت تأثير الكحول، أو المخدرات، أو المواد المخدرة، أو الأدوية النفسية، أو المنشطات أو غيرها من المواد المماثلة. ولتحديد تأثير هذه المواد، يتم الرجوع إلى تشريعات الدولة المعنية.

## تقديم مطالبة

## General Exclusions

These General Exclusions apply to all sections of this **Policy** and are in addition to the Specific Exclusions listed under each section.

**You** will not be covered for claims arising from or in connection to:

- any non-refundable fees
- suicide, attempted suicide or intentional self-injury;
- taking part in any criminal or illegal act;
- human Immune Deficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) or any related condition.
- the practice of winter sports in all modalities, even in closed facilities. **This clause will not apply** for accidents resulting from practise of leisure ski and practise of snowboard on piste only.
- the practice of sports in competition or motorised competition (race or rally) whether as a professional or amateur, as well as the practice of dangerous or risky activities listed below:
- All Horse riding disciplines, **this clause will not apply** for accidents resulting from the practise of Leisure horse-riding only.
- Boxing, weightlifting, wrestling (in its different classes), rugby, martial arts, big game hunting, polo.
- outdoor / indoor abseiling, outdoor bouldering, ice climbing, high altitudes Climbing, Lead climbing, rock climbing, top rope Climbing, trekking above 3500 mts, mountain walking & expeditions.
- diving above 15 meters, potholing, bullfighting and bull running.
- Aerial sports in general.
- Adventure sports such as rafting, bungee jumping, hydrospeed, canyoning and Kayaking.
- Nuclear reaction, nuclear explosion, nuclear radiation or radioactive contamination, however such reaction, explosion, radiation or contamination may have been caused.
- War, invasion, acts of foreign enemies, hostilities (whether war be declared or not), civil war, rebellion, revolution, insurrection, military or usurped power.
- Accidents suffered by the Armed Forces or Security Forces and Corps during the exercise of their profession.
- Any **Accident** that takes place while **You** are under the influence of alcohol, drugs, narcotics, psychotropic drugs, stimulant and other similar substances. In order to determine the effect of the above mentioned, the country legislation shall apply.

## Making a claim

We must be notified as soon as reasonably practicable of any **Claim** under this **Policy**.

After being notified of a **Claim** under this **Policy** within 7 days from the date of receipt of such notification, **We** will begin the proceedings concerning the determination of the factual circumstances of the **Claim**, the validity of the **Claim** and the amount of benefit and **We** will also inform **You** or the person making the claim, in writing or in any other manner to which **You** or person making the **Claim** agreed to, about the documents required to establish **Our** liability, or the amount of the benefit, if it is necessary for the further conduct of proceedings. **We** may ask **You** to attend one or more medical examinations. If we do, **We** will pay the cost of the examination(s) and for any medical reports and records and **Your** reasonable travelling expenses to attend, if these expenses are agreed by **Us** in advance.

**We** can obtain information needed by **Us** to investigate **Your Claim**: from entities performing medical activity within the meaning of the provisions on medical activity, which provided health services to **You**. **We** can request this information only with **Your** consent. Any fees incurred to obtain the requested information will be covered by **You**. When a claim or possible **Claim** arises, **You** or **Your** legal representatives must register the **Claim** as soon as possible.

- For accidental death Claims, **Your** partner or dependents or legal representatives must send **Us** an official death certificate containing age, place of birth and official death cause.
- For **Permanent Total Disablement** **You** must send **Us** a medical certificate and final **Permanent Total Disablement Diagnosis** from a licensed **Doctor**.
- For **Temporary Work Incapacity** claims, **You** must send **Us** an official medical certificate from a licensed **Doctor** containing detailed description of **Your Work Incapacity**, medical degree and likely duration.
- For **Unemployment** claims;

○ **You** must send **Us**:

- A copy of the employment/Labor contract, or
- Salary Certificate (up to 6 months old)
- Copy of the termination letter given by the employer (from which the date on which notice of termination was given and the date on which the employment contract ended (or will end) must be seen),
- Copy of QID
- Proof of unemployment, in the form of bank statements showing a salary is not being paid

## General Conditions

Conditions that apply to the whole **Policy**.

يجب إخطارنا بأي مطالبة بموجب هذه الوثيقة في أقرب وقت ممكن بشكل معقول.

بعد إخطارنا بالمطالبة بموجب هذه الوثيقة خلال 7 أيام من تاريخ استلام هذا الإشعار، سنبدأ في الإجراءات المتعلقة بتحديد الملابس الفعلية للمطالبة، وصحة المطالبة، ومقدار المنفعة المستحقة. كما سنقوم بإبلاغك أنت أو الشخص المتقدم بالمطالبة، كتابةً أو بأي وسيلة أخرى تم الاتفاق عليها، بالمستندات المطلوبة لإثبات مسؤوليتنا أو لتحديد مبلغ المنفعة، إذا كان ذلك ضروريًا لاستمرار الإجراءات.

قد نطلب منك حضور فحص طبي واحد أو أكثر، وفي حال طلبنا ذلك، سنتحمل تكلفة الفحوصات الطبية والتقارير والسجلات الطبية، بالإضافة إلى مصاريف السفر المعقولة الخاصة بك لحضور هذه الفحوصات، بشرط موافقتنا المسبقة على هذه التكاليف".

يمكننا الحصول على المعلومات التي نحتاجها للتحقيق في مطالبتك من الجهات التي تمارس النشاط الطبي وفقًا لأحكام مزاولة المهنة الطبية، والتي قدمت لك الخدمات الصحية. ولا يمكننا طلب هذه المعلومات إلا بموافقتك. وأي رسوم تترتب على الحصول على هذه المعلومات المطلوبة ستكون على عاتقك. عند وقوع مطالبة أو احتمال وقوع مطالبة، يجب عليك أو على ممثلك القانونيين تسجيل المطالبة في أقرب وقت ممكن.

- بالنسبة لمطالبات الوفاة العرضية، يجب على شريكك أو المعالين أو ممثلك القانونيين إرسال شهادة وفاة رسمية إلينا تحتوي على العمر، ومكان الميلاد، وسبب الوفاة الرسمي.
- بالنسبة لحالات العجز الكلي الدائم، يجب عليك إرسال شهادة طبية إلينا بالإضافة إلى التشخيص النهائي للعجز الكلي الدائم من طبيب مرخص.
- بالنسبة لمطالبات العجز المؤقت عن العمل، يجب عليك إرسال شهادة طبية رسمية من طبيب مرخص تتضمن وصفًا مفصلاً لعجزك عن العمل، والدرجة الطبية، والمدة المتوقعة للعجز.
- بالنسبة لمطالبات البطالة؛

○ يجب عليك أن ترسل لنا :

- نسخة من عقد العمل/ الوظيفة، أو
- شهادة راتب (لا يزيد عمرها عن 6 أشهر)
- نسخة من خطاب إنهاء الخدمة المقدم من صاحب العمل (والذي يجب أن يظهر منه تاريخ الإخطار بالإنهاء وتاريخ انتهاء عقد العمل (أو متى سينتهي))
- نسخة من بطاقة الهوية القطرية
- إثبات البطالة، مثل كشوف الحساب البنكي التي تظهر عدم صرف راتب

## الشروط العامة

الشروط التي تنطبق على كامل الوثيقة

## Contract

This **Policy**, the **Insurance Certificate** and any information provided in **Your** application will be read together as one contract.

## Choice of Law and Jurisdiction

This **Policy** shall be governed by and interpreted in accordance with the laws of the State of Qatar. In case of any dispute, the parties shall subject themselves to the exclusive jurisdiction of the courts of Qatar.

Other aspects of this **Policy** (including without limitation, claims handling, double insurance, underinsurance and supplementary insurance) are governed by the applicable law to the extent not specified otherwise in this **Policy**.

## Compliance with Policy Requirements

**You** (where relevant **Your** representatives) shall comply with all applicable terms and conditions specified in this **Policy**. If **You** do not comply, **We** may only pay that part of any **Claim** that **We** would have had to pay if **You** had complied in full.

## Changing Your Policy

### 1. If **You** want to change **Your Policy**

If any of the information **You** have given **Us** changes **You** must telephone **Us** (and confirm in writing if **We** request **You** to do so), email or write to **Us**.

### 2. If **We** want to change **Your Policy**

**We** reserve the right to make changes or add to these **Policy** terms for legal or regulatory reasons and/or to reflect new industry guidance and codes of practice. If this happens, **We** will write to **You** with details at least 30 days before **We** make any changes. **You** will then have the option to continue with or to cancel the **Policy**.

Any changes made to **Your Policy** will only apply on the date **Your Insurance certificate** is issued to **You** by **Us**.

If **We** change **Your** policy and as a result of those changes **You** wish to cancel **Your Policy**, **You** can withdraw from **Your** contract within 30 days in writing (e.g. letter, fax, e-mail) from the date **We** informed **You** of the changes made to **Your Policy**.

**We** may transfer **Our** rights and obligations under **Your Policy** to another insurer in accordance to the procedure prescribed by the law applicable to such transfer. **You** shall have a right to submit, in accordance with the procedure prescribed by law, a written objection to the transfer of the rights and obligations under **Your Policy**. Such an objection shall not be binding on **Us**. If **You** would object to the transfer of the rights and obligations under **Your Policy**, **You** have the right to terminate **Your Policy**.

## العقد

تُعد هذه الوثيقة، وشهادة التأمين، وأي معلومات قدمتها في طلبك جزءًا من عقد واحد يتم قراءته وتفسيره كوحدة متكاملة.

## اختيار القانون والاختصاص

تخضع هذه الوثيقة وتُفسر وفقًا لقوانين دولة قطر. وفي حال حدوث أي نزاع، يلتزم الطرفان بالخضوع للاختصاص القضائي الحصري لمحاكم دولة قطر.

تخضع الجوانب الأخرى من هذه الوثيقة (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: إدارة المطالبات، التأمين المزدوج، النقص في التأمين، والتأمين التكميلي) للقانون المعمول به، ما لم يتم النص على خلاف ذلك في هذه الوثيقة.

## الامتثال لمتطلبات الوثيقة

يجب عليك (وعند الاقتضاء ممثلوك) الامتثال لجميع الشروط والأحكام المعمول بها والمحددة في هذه الوثيقة. وإذا لم تلتزم، فقد نقتصر في دفع المطالبة على الجزء الذي كنا سندفعه لو أنك امتثلت بالكامل.

## تغيير وثيقتك

- 1- إذا كنت ترغب في تعديل وثيقة التأمين الخاصة بك إذا طرأ أي تغيير على المعلومات التي قدمتها لنا، فيجب عليك الاتصال بنا هاتفياً (وتأكيد ذلك كتابياً إذا طلبنا منك ذلك)، أو إرسال بريد إلكتروني، أو مراسلتنا.
- 2- إذا كنا نحن من نرغب في تعديل وثيقة التأمين الخاصة بك

نحن نحفظ بالحق في إجراء تغييرات أو إضافة بنود إلى شروط هذه الوثيقة لأسباب قانونية أو تنظيمية و/أو لمواكبة التوجيهات الجديدة في القطاع أو مدونات الممارسات. وإذا حدث ذلك، فسنقوم بمراسلتك بالتفاصيل قبل إجراء أي تغييرات بما لا يقل عن 30 يوماً. وسيكون لديك حينها الخيار إما بالاستمرار في الوثيقة أو إلغائها.

أي تغييرات تُجرى على وثيقة التأمين الخاصة بك ستسري فقط اعتباراً من تاريخ إصدار شهادة التأمين لك من قبلنا.

إذا قمنا بتعديل وثيقة التأمين الخاصة بك، ونتيجة لتلك التعديلات رغبت في إلغاء الوثيقة، يمكنك الانسحاب من العقد خلال 30 يوماً من تاريخ إخطارنا لك بالتعديلات، وذلك كتابياً (مثل خطاب، فاكس، أو بريد إلكتروني).

يجوز لنا نقل حقوقنا والتزاماتنا بموجب وثيقة التأمين الخاصة بك إلى شركة تأمين أخرى، وذلك وفقاً للإجراءات المنصوص عليها في القانون المعمول به بهذا الخصوص. وبحق لك، وفقاً للإجراءات القانونية المعمول بها، تقديم اعتراض كتابي على نقل الحقوق والالتزامات بموجب وثيقتك. ومع ذلك، فإن هذا الاعتراض لن يكون ملزماً لنا. وإذا قمت بالاعتراض على نقل الحقوق والالتزامات، فيحق لك إنهاء وثيقة التأمين الخاصة بك.

## Cancelling Your Policy

### 1. If You want to cancel Your Policy

#### Cooling off period

You can withdraw from Your Policy within 14 days from the Insurance Start Date by notifying Us in form of a letter or e-mail without giving reasons.

- In the event of withdrawal, the paid insurance premium will be refunded to You. If You have reported any Insured Event during this time, You will not be able to rescind.
- The withdrawal period begins within 14 days of either one of the following:
  - the date You receive Your insurance documentation (Policy, Insurance Certificate and IPID); or
  - the Insurance Start Date. whichever is later.

#### Cancelling Your contract

Following the cooling-off period You can cancel this Policy at any time by contacting Us in writing or in any way that can be evidenced in writing (e.g. By letter or e-mail).

We reserve the right to charge You a premium proportionate to the cover that has been in force up to the date of Your cancellation. If We have paid a Claim, in whole or part, then no refund of premium will be made.

### 2. If We want to cancel Your Policy

We can cancel this Policy by giving You 30 days of written notice. We will only do this for a valid reason. Examples of valid cancellation reasons include if We reasonably suspect attempted or actual fraud, or where We are ordered or instructed to cancel this Policy by a regulator, court, or other law enforcement agency, or if We must do so to comply with Our legal and/or regulatory obligations.

If We cancel this Policy, We will refund any premium You paid for the cancelled period provided You have not made a Claim under the Policy during the current Period of Insurance and there are no legal restrictions on the refund.

#### Change in premiums

##### Premium

- You should pay the insurance Premium
- Insurance Premium is calculated as a fixed cost
- The first insurance Premium is due the same date of the Policy Insurance Start Date

## إلغاء وثيقتك

### 1. إذا أردت إلغاء وثيقتك

#### فترة التراجع

يمكنك الانسحاب من وثيقة التأمين خلال 14 يومًا من تاريخ بدء التأمين، وذلك من خلال إخطارنا عبر خطاب أو بريد إلكتروني، دون الحاجة إلى ذكر الأسباب.

- في حال الانسحاب، سيتم رد قسط التأمين المدفوع إليك. ومع ذلك، إذا كنت قد أبلغت عن أي حادث مؤمن عليه خلال هذه الفترة، فلن تتمكن من التراجع عن الوثيقة.
- تبدأ فترة الانسحاب خلال 14 يومًا من أي من الحالتين التاليتين:
  - تاريخ استلامك لوثائق التأمين الخاصة بك (وثيقة التأمين، شهادة التأمين، ووثيقة معلومات منتج التأمين IPID) – أو
  - تاريخ بدء التأمين، أيهما كان لاحقًا.

#### إلغاء عقدك

بعد انتهاء فترة التراجع (فترة السماح)، يمكنك إلغاء هذه الوثيقة في أي وقت من خلال التواصل معنا كتابيًا أو بأي وسيلة يمكن إثباتها كتابيًا (مثل خطاب أو بريد إلكتروني).

نحن نحفظ بالحق في خصم قسط تأمين يتناسب مع مدة التغطية التي كانت سارية حتى تاريخ الإلغاء. وإذا كنا قد دفعنا أي مطالبة، كليًا أو جزئيًا، فلن يتم رد أي جزء من القسط المدفوع.

### 2. إذا أردنا نحن إلغاء وثيقتك

يمكننا إلغاء هذه الوثيقة من خلال إخطارك كتابيًا قبل 30 يومًا. ولن نقوم بذلك إلا لأسباب مشروعة. تشمل أمثلة الأسباب المشروعة للإلغاء: إذا كانت لدينا شكوك معقولة بوجود محاولة أو عملية احتيال فعلية، أو إذا تم إصدار أمر أو توجيه بإلغاء هذه الوثيقة من قبل جهة تنظيمية، أو محكمة، أو جهة إنفاذ قانون أخرى، أو إذا كان يتعين علينا القيام بذلك للامتثال لالتزاماتنا القانونية و/أو التنظيمية.

وإذا قمنا بإلغاء هذه الوثيقة، فسنقوم برد أي قسط مدفوع عن الفترة الملغاة، بشرط ألا تكون قد قدمت أي مطالبة بموجب الوثيقة خلال فترة التأمين الحالية، وألا تكون هناك أي قيود قانونية تمنع هذا الرد.

#### التغيير في الأقساط

##### القسط

- يجب عليك دفع قسط التأمين
- يُحسب قسط التأمين كمبلغ ثابت
- يستحق القسط الأول للتأمين في نفس تاريخ بدء وثيقة التأمين



## Non-payment of Premiums

A grace period of 30 days following the **Premium** due date is allowed for the payment of each **Premium**. Upon the due date of the payment of the **Premium** and at the beginning of the grace period, **We** will ask **You** in writing to pay the **Premium** within the grace period (next 30 days after receipt of the request), informing that in case of failure to do so, this **Policy** will lapse without value and will terminate automatically, and no benefits will be or will become payable. If an **Insured Event** happens and a benefit becomes payable during the grace period, it will be reduced by the amount of any outstanding **Premiums**. If no **Premium** is paid within the Grace Period, this **Policy** terminates automatically. If the Premium due is paid in full during the grace period, notification of termination of the **Policy** shall automatically be revoked.

## Misrepresentation and Non-Disclosure

**You** must take reasonable care to ensure that all of the information provided to **Us** in the application process, in the "Declaration", by correspondence, over the telephone, on **Claim** forms and in other documents is true, complete and accurate. Please note that providing incomplete, false or misleading information could affect the validity of this **Policy** and may mean that all or part of a **Claim** may not be paid.

## Interest

No sum payable by **Us** under this **Policy** shall carry interest unless payment has been unreasonably delayed by **Us** following receipt of all the required certificates, information and evidence necessary to support the **Claim**. Where interest becomes payable by **Us**, it will be calculated only from the date of final receipt of such certificates, information, or evidence.

## Bank Charges

**We** shall not be liable for any charges applied by **Your** Bank or any transactions made in relation to a **Claim**.

## Tax

The premium quoted and/or charged by the Insurer is exclusive of value added tax ("VAT"), goods and services tax and/or any other similar taxes, charges, duties or levies (collectively "Taxes") that are existing as on date or that may be introduced in the future and are customarily borne by the policyholder. In case such Taxes are introduced after the date on which the insurance premium payable for the insurance cover is quoted by us or the insurance premium has been paid by the policyholder or the Insured, such Taxes shall be charged to and shall be solely borne by the policyholder and we reserve the right to recover such Taxes from the Insured Person.

## عدم دفع الأقساط

تُمنح فترة سماح مدتها 30 يومًا بعد تاريخ استحقاق القسط لسداد كل قسط تأميني. وعند حلول تاريخ استحقاق القسط وبداية فترة السماح، سنقوم بإخطارك كتابيًا بوجود سداد القسط خلال فترة السماح (30 يومًا التالية لتاريخ استلام الإشعار)، مع التنبيه إلى أنه في حال عدم السداد، سيُعتبر هذه الوثيقة لاغية دون قيمة وستنتهي تلقائيًا، ولن تُدفع أي منافع أو تصبح مستحقة.

إذا وقع حادث مؤمن عليه وأصبحت المنفعة مستحقة خلال فترة السماح، فسيتم خصم قيمة الأقساط غير المسددة منها. إذا لم يتم دفع القسط خلال فترة السماح، تُلغى هذه الوثيقة تلقائيًا. أما إذا تم سداد القسط بالكامل خلال فترة السماح، فسيُعتبر إشعار الإلغاء لاغيًا تلقائيًا.

## التضليل وعدم الإفصاح

يجب عليك أن تبذل العناية المعقولة لضمان أن جميع المعلومات التي تقدمها لنا أثناء عملية التقديم، في قسم 'الإقرار'، أو من خلال المراسلات، أو عبر الهاتف، أو في نماذج المطالبات، أو في أي مستندات أخرى، هي معلومات صحيحة وكاملة ودقيقة. يرجى ملاحظة أن تقديم معلومات غير مكتملة أو كاذبة أو مضللة قد يؤثر على صلاحية هذه الوثيقة، وقد يؤدي إلى عدم دفع كامل أو جزء من المطالبة.

## الفائدة

لا يحمل أي مبلغ مستحق الدفع من قبلنا بموجب هذه الوثيقة فائدة، ما لم يتم تأخير الدفع بشكل غير مبرر من قبلنا بعد استلام جميع الشهادات والمعلومات والأدلة المطلوبة لدعم المطالبة. وفي حال استحقاق الفائدة من قبلنا، فسيتم احتسابها فقط اعتبارًا من تاريخ الاستلام النهائي لتلك الشهادات أو المعلومات أو الأدلة.

## الرسوم المصرفية

لن نكون مسؤولين عن أي رسوم تفرضها جهتك المصرفية أو أي معاملات تتم فيما يتعلق بالمطالبة.

## الضريبة

إن القسط التأميني المذكور و/أو المفروض من قبل شركة التأمين لا يشمل ضريبة القيمة المضافة (VAT)، أو ضريبة السلع والخدمات، و/أو أي ضرائب أو رسوم أو أعباء مماثلة أخرى (ويشار إليها مجتمعة بـ 'الضرائب') السارية حاليًا أو التي قد تُفرض في المستقبل، والتي تُحمل عادةً على حامل الوثيقة. وفي حال تم فرض مثل هذه الضرائب بعد تاريخ تحديد القسط المستحق للتغطية التأمينية من قبلنا أو بعد أن يكون حامل الوثيقة أو المؤمن له قد قام بسداد القسط، فسيتم تحميل هذه الضرائب لحامل الوثيقة وحده، ونحتفظ بالحقوق في استرداد هذه الضرائب من الشخص المؤمن له.

## Complaints procedures

We are dedicated to providing a high-quality service and want to maintain this at all times. If **You** are not satisfied with this service, please contact **Us**, quoting **Your** Policy details, so **We** can deal with the complaint as soon as possible.

If **You** have a complaint about the sale of **Your Policy**, the Customer Service **You** have received or the way **Your Claim** has been handled please contact:

Manager - Process Excellence  
Qatar Insurance Company  
P.O. Box 666, Doha, Qatar,  
Tel: 8000742  
Email: [info@qic-insured.com](mailto:info@qic-insured.com)

In addition to the above, you may contact Qatar Central Bank, the regulatory body having oversight over the Insurer, at the following address;

P.O. Box 1234, Doha, Qatar, Tel. No. +974-44456456.

## Economic and Trade Sanctions

We shall not be deemed to provide cover and we shall not be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose us to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the State of Qatar, European Union, United Kingdom or United States of America.

## Data Protection

We use personal information which **You** supply to **Us** in order to write and administer this **Policy**, including any **claims** arising from it.

This information will include basic contact details such as **Your** name, address, and policy number, but may also include more detailed information about **You** (for example, **Your** age, health, details of assets, claims history) where this is relevant to the risk **We** are insuring, services **We** are providing or to a **claim You** are reporting.

We are part of a global group, and **Your** personal information may be shared with **Our** group companies in other countries as required to provide coverage under **Your** policy or to store **Your** information. **We** also use a number of trusted service providers and reinsurers, who will also have access to **Your** personal information subject to **Our** instructions and control. All personal data is processed in accordance with the Privacy Policy of the Insurer, details of which are available on its website under: <https://qic-group.com/privacy-policy/>.

## إجراءات الشكاوى

نحن ملتزمون بتقديم خدمة عالية الجودة ونسعى للحفاظ على هذا المستوى في جميع الأوقات. إذا لم تكن راضياً عن هذه الخدمة، يرجى التواصل معنا مع ذكر تفاصيل وثيقتك، حتى نتمكن من التعامل مع الشكاوى في أقرب وقت ممكن.

إذا كانت لديك شكاوى تتعلق ببيع وثيقة التأمين الخاصة بك، أو بالخدمة التي تلقيتها من خدمة العملاء، أو بطريقة معالجة مطالبتك، يرجى التواصل مع:

مدير التميز العملياتي  
شركة قطر للتأمين  
ص.ب 666 الدوحة، قطر  
هاتف: 8000742  
البريد الإلكتروني: [info@qic-insured.com](mailto:info@qic-insured.com)

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك التواصل مع مصرف قطر المركزي، الجهة الرقابية المشرفة على شركة التأمين، على العنوان التالي:

ص.ب رقم 1234، الدوحة، قطر، هاتف: +974-44456456.

## العقوبات الاقتصادية والتجارية

لن يُعتبر أننا نوفر تغطية، ولن نكون مسؤولين عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي منفعة بموجب هذه الوثيقة إلى الحد الذي قد يُعرضنا فيه توفير تلك التغطية أو دفع تلك المطالبة أو تقديم تلك المنفعة لأي عقوبات أو حظر أو قيود بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات أو القوانين أو اللوائح التجارية أو الاقتصادية الصادرة عن دولة قطر أو الاتحاد الأوروبي أو المملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية.

## حماية البيانات

نحن نستخدم المعلومات الشخصية التي تزودنا بها من أجل إعداد هذه الوثيقة وإدارتها، بما في ذلك أي مطالبات تنشأ عنها.

تشمل هذه المعلومات تفاصيل الاتصال الأساسية مثل اسمك، عنوانك، ورقم وثيقتك، وقد تتضمن أيضاً معلومات أكثر تفصيلاً عنك (على سبيل المثال: عمرك، حالتك الصحية، تفاصيل أصولك، وسجل المطالبات)، وذلك في حال كانت ذات صلة بالمخاطر التي نقوم بتأمينها، أو بالخدمات التي نقدمها، أو بالمطالبة التي نقوم بالإبلاغ عنها.

نحن جزء من مجموعة عالمية، وقد يتم مشاركة معلوماتك الشخصية مع شركات مجموعتنا في بلدان أخرى حسب ما تقتضيه الحاجة لتوفير التغطية بموجب وثيقتك أو لتخزين معلوماتك. كما أننا نستخدم عدداً من مقدمي الخدمات الموثوقين ومعيدي التأمين، الذين سيكون لديهم أيضاً حق الوصول إلى معلوماتك الشخصية وفقاً لتعليماتنا وإشرافنا. تتم معالجة جميع البيانات الشخصية وفقاً لسياسة الخصوصية الخاصة بشركة التأمين، والتي يمكن الاطلاع على تفاصيلها عبر موقعها الإلكتروني على الرابط التالي:

<https://qic-group.com/privacy-policy/>

## قابلية الفصل

## Severability

In the event any section or portion of a section of these terms and conditions are deemed invalid, void or unenforceable, that section or portion of a section shall be severed from these terms and conditions, and the remaining terms and conditions shall continue in full force and effect.

في حال اعتُبر أي بند أو جزء من بند من هذه الشروط والأحكام غير صالح أو باطل أو غير قابل للتنفيذ ، فسيتم فصل ذلك البند أو الجزء منه عن باقي الشروط والأحكام ، وستظل الشروط والأحكام المتبقية سارية المفعول بالكامل.

## التعريفات

## Definitions

### Academic Year

Period into which the **Course of Study** provided by the **Educational Institution** is divided.

### السنة الأكاديمية

الفترة التي يتم فيها تقسيم البرنامج الدراسي المُقدم من قبل المؤسسة التعليمية.

### Accident/Accidental

Bodily injury resulting from a fortuitous, sudden, external, violent event beyond **Your** control.

### حادث / ناجم عن حادث

إصابة جسدية ناتجة عن حدث عَرَضي ومفاجئ وخارجي وعنيف، يقع خارج نطاق سيطرتك.

### Course of Study:

First level degree course, second level degree courses and single cycle degree courses, provided by the Educational Institution, divided into Academic Years, with pre-established completion times and related to the ordinary duration of the Course of Study.

### برنامج الدراسة:

برامج الدرجة الجامعية من المستوى الأول، وبرامج الدرجة الجامعية من المستوى الثاني، والبرامج ذات الدورة الموحدة، التي تقدمها المؤسسة التعليمية، والمقسمة إلى سنوات دراسية، مع مدد إتمام محددة مسبقًا ومرتبطة بالمدة الاعتيادية لمسار الدراسة.

### Child/Children

The children, step-children, and legally adopted children for whom the **You** are the Parent or Legal Guardian.

### الابن / الأبناء

الأبناء، وأبناء الزوج/الزوجة ، والأبناء المتبنون قانونيًا الذين تكون أنت والدهم أو الوصي القانوني عليهم.

### Claim, Claims

Single loss or a series of losses due to one cause covered by this **Policy**.

### المطالبة، المطالبات

خسارة واحدة أو سلسلة من الخسائر الناتجة عن سبب واحد مشمول بموجب هذه الوثيقة.

### Close Relative

The parents, legal guardians or siblings of **Your Child**.

### القريب المقرب

الوالدان، أو الأوصياء القانونيون، أو الأشقاء لطفلك.

### Communicable disease

Means an illness or disease that may be transmitted directly or indirectly by one person to another due to a virus, bacteria or other microorganism

### المرض المعدي

تعني مرضًا أو علةً يمكن أن تنتقل بشكل مباشر أو غير مباشر من شخص إلى آخر بسبب فيروس أو بكتيريا أو كائن دقيق آخر.

### Day

A period of 24 hours in a row.

### اليوم

فترة مدتها 24 ساعة متتالية.

### Diagnosis

Means an unequivocal confirmation of a specified condition as defined in the GCI's and contained in a dated letter sent to **Us**. All diagnoses and medical opinions must be given by a registered medical practitioner:

### التشخيص

تأكيد لا لبس فيه لحالة صحية محددة كما هو مذكور في الشروط العامة للتأمين على الحالات الخطيرة، ومضمن في خطاب مؤرخ ومُرسَل إلينا. يجب أن تصدر جميع التشخيصات والآراء الطبية عن طبيب مسجل:

- who is currently registered with the General Medical Council or equivalent body; and
- who is a specialist in an area of medicine appropriate to the cause of the claim.

- مسجل حاليًا لدى المجلس الطبي العام أو هيئة معادلة؛ و
- أخصائي في مجال طبي يتناسب مع سبب المطالبة.

### Doctor

A person with formally certified qualifications in accordance with the requirements of the law in force in the country where they provide services, practicing profession within the scope of their credentials and qualifications who is not **You** or **Your** relative, or works for or with **You**.

### Educational Institution

The kindergarten, school, college or university, located in Qatar, which **Your Child** attends for education purposes.

### Educational Institution Fees

The tuition and sundry fees **You** will be required to pay in the future for **Your Child's** successful completion of their **Course of Study** and it will be based on the fee paid during the **Period of Insurance** in which the insured event occurs. This applies to all educational programs **Your** child attends, including kindergarten, school, college, or university.

### Effective Time

When and where the insurance provided by this **Policy** applies as specified in the **Insurance Certificate**.

### Examinations

A formal test or tests that measures a student's knowledge or ability in a particular subject, and is required to earn a qualification or progress further in their education.

### Full Time Education

A mode of study where **Your Child** is enrolled in programs that require at least 15 hours of class attendance per week. This applies to students attending kindergarten, primary and secondary school, as well as college or university.

### Government Employee

A person who works for the national, county, or local government, or for any public institution that these government bodies control.

### Hospitalization/Hospitalized

Admission to a medical care and treatment facility as an in-patient on the advice of, and under the regular care and attendance of a Doctor.

### الطبيب

شخص يحمل مؤهلات معتمدة رسمياً وفقاً لمتطلبات القانون الساري في البلد الذي يقدم فيه خدماته، ويمارس المهنة ضمن نطاق ترخيصه ومؤهلاته، وليس أنت أو أحد أقاربك، ولا يعمل لديك أو معك.

### المؤسسة التعليمية

رياض الأطفال أو المدرسة أو الكلية أو الجامعة الواقعة في دولة قطر، والتي يرتادها طفلك لغرض التعليم.

### رسوم المؤسسات التعليمية

الرسوم الدراسية والرسوم المتنوعة التي يتوجب عليك دفعها مستقبلاً لضمان إتمام طفلك لمسار دراسته بنجاح، ويتم احتسابها بناءً على الرسوم المدفوعة خلال فترة التأمين التي وقع فيها الحادث المؤمن عليه. وينطبق ذلك على جميع البرامج التعليمية التي يرتادها طفلك، بما في ذلك رياض الأطفال، والمدرسة، والكلية، أو الجامعة.

### وقت السريان

الزمان والمكان اللذان تسري فيهما التغطية التأمينية المقدمة بموجب هذه الوثيقة، كما هو محدد في شهادة التأمين.

### الامتحانات

اختبار رسمي أو مجموعة من الاختبارات التي تقيس معرفة الطالب أو قدرته في مادة معينة، ويُطلب اجتيازها للحصول على مؤهل أو للانتقال إلى مرحلة تعليمية أعلى.

### التعليم بدوام كامل

هو نمط من الدراسة يكون فيه طفلك مسجلاً في برامج تعليمية تتطلب حضوراً لا يقل عن 15 ساعة في الأسبوع. وينطبق ذلك على الطلاب في رياض الأطفال، والمدارس الابتدائية والثانوية، وكذلك في الكليات أو الجامعات.

### الموظف الحكومي

شخص يعمل لدى الحكومة الوطنية أو الإقليمية أو المحلية، أو لدى أي مؤسسة عامة تخضع لسيطرة هذه الجهات الحكومية.

### الإقامة في المستشفى / مقيم في المستشفى

الدخول إلى منشأة للرعاية والعلاج الطبي كمريض منوم بناءً على نصيحة طبيب، وتحت رعايته ومتابعته المنتظمة.

### Insurance Certificate

The document issued to **You** by **Us**, detailing **Your** cover and other important information, which forms part of this **Policy** and confirms the conclusion of insurance contract.

### Insured event

Single loss due to one cause covered by this **Policy**.

### Insurance Start Date

The date upon which cover under this **Policy** commences, as shown on **Your Insurance Certificate**.

### Insurance end date

The date upon which cover under this **Policy** ends, as per the conditions of this **Policy** (which may be the **Insurance End Date** shown on **Your Insurance Certificate**, or earlier if cover hereunder terminates earlier, in accordance with this **Policy**).

### Notice Period

The period of time stated in **Your** termination letter from **Your** Employer, after which **You** will become **Unemployed**.

### Pandemic

An outbreak of a disease that occurs over a wide geographic area, such as multiple countries or continents and typically affects a significant proportion of the population.

### Period of Insurance

Period of cover commencing on the **Insurance Start Date** shown in **Your Insurance Certificate** and ending on the **Insurance End Date** shown in **Your Insurance Certificate**.

### Permanent Total Disablement

Permanent Total Disablement is deemed to be the physical and irreversible incapacity caused by an **Accident** that determines **Your** total incapacity to carry out **Your** own profession or any other occupation

No benefits will be paid if such disability is medically certified to be less than 60% (or less than 40% of work capacity) due to which you cannot perform your job function based on the conclusion of the medical doctor in accordance with the laws.

1. If **You** were in employment at the date of the certified disability:

A permanent disability which stops **You** from carrying out gainful employment for which **You** are fitted by way of training, education or experience; or

2. If **You** were not in employment at the date of the certified disability:

A form of permanent disability calculated on a medical assessment by **Us** or an independent medical expert appointed by **Us**, which results in **Your** inability to perform, without assistance from another person, at least 2 of the following activities of daily living:

- eating;
- getting in and out of bed;
- dressing and undressing;
- toileting; or
- walking 200 metres on level ground

### شهادة التأمين

الوثيقة التي تصدرها لك والتي تتضمن تفاصيل التغطية الخاصة بك ومعلومات مهمة أخرى، وتشكل جزءًا من هذه الوثيقة وتؤكد إبرام عقد التأمين.

### الحدث المشمول بالتأمين

خسارة واحدة ناتجة عن سبب واحد مشمول بموجب هذه الوثيقة.

### تاريخ بدء التأمين

التاريخ الذي تبدأ فيه التغطية بموجب هذه الوثيقة، كما هو موضح في شهادة التأمين الخاصة بك.

### تاريخ انتهاء التأمين

التاريخ الذي تنتهي فيه التغطية بموجب هذه الوثيقة، وفقًا لشروط الوثيقة (وقد يكون هو تاريخ انتهاء التأمين الموضح في شهادة التأمين الخاصة بك، أو تاريخًا سابقًا إذا انتهت التغطية قبل ذلك، بموجب أحكام هذه الوثيقة).

### فترة الإخطار

الفترة الزمنية الموضحة في خطاب إنهاء الخدمة الصادر من جهة عملك، والتي تصبح بعدها عاطلاً عن العمل.

### الجائحة

تفشي لمرض ينتشر على نطاق جغرافي واسع، مثل عدة دول أو قارات، ويؤثر عادةً على نسبة كبيرة من السكان.

### فترة التأمين

فترة التغطية التي تبدأ من تاريخ بدء التأمين الموضح في شهادة التأمين الخاصة بك وتنتهي في تاريخ انتهاء التأمين الموضح في نفس الشهادة.

### العجز الكلي الدائم

يُعتبر العجز الكلي الدائم بأنه العجز الجسدي غير القابل للعلاج الناتج عن حادث، والذي يؤدي إلى عدم قدرتك الكاملة على مزاولة مهنتك أو أي عمل آخر.

لن يتم دفع أي منافع إذا تم إثبات طبيًا أن نسبة هذا العجز تقل عن 60% (أو تقل عن 40% من القدرة على العمل)، مما يجعلك غير قادر على أداء مهام وظيفتك، وذلك بناءً على تقرير الطبيب المعالج ووفقًا لأحكام القانون.

1. إذا كنت على رأس عملك في تاريخ إثبات العجز:

عجز دائم يمنعك من مزاولة أي عمل مربح تكون مؤهلًا له من خلال التدريب أو التعليم أو الخبرة؛ أو

2. إذا لم تكن على رأس عملك في تاريخ إثبات العجز:

نوع من العجز الدائم يتم احتسابه بناءً على تقييم طبي من قبلنا أو من قبل خبير طبي مستقل نعينه نحن، وينتج عنه عدم قدرتك على أداء نشاطين على الأقل من الأنشطة اليومية التالية بدون مساعدة من شخص آخر:

- تناول الطعام؛
- الدخول إلى السرير والخروج منه؛
- ارتداء وخلع الملابس؛
- استخدام دورة المياه؛
- المشي لمسافة 200 متر على أرض مستوية.

## Policy

The document that sets out the benefits, terms, conditions and exclusions of **Your** Insurance, which will commence from the **Insurance Start Date**.

## Premium

Means the amount shown in the **Insurance Certificate** or any subsequent endorsement.

## Qualifying Period

The period of time following the **Insurance Start Date**, during which benefits are not payable.

## Requalifying Period

The period of time **You** must wait before **You** are eligible to receive benefits under a new **Claim** for the same section of cover.

## Sickness

Any alteration in **Your** state of health contracted during the **Period of Insurance**, which is not the result of an **Accident** and whose **Diagnosis** and confirmation is carried out by a **Doctor**. All injuries and sequelae resulting from the same **Sickness**, as well as all conditions due to the same or related causes, are considered to be one and the same **Sickness**.

If a condition is due to the same cause produced by a previous **Sickness**, or to causes related to it (including sequelae and complications derived from the previous **Sickness**), the **Sickness** will be considered as a continuation of the previous one and not as a different **Sickness**.

## Studies

### Study Break

A period of time when **Your Child**, for medical reasons is unable to attend their **Educational Institution** on the advice of a **Doctor**, lasting no less than 60 days

## Sum Insured

The amount stated in **Table of Benefits** specifying **Our** maximum amount of liability.

## Table of benefits

Describes how much **We** will pay under the terms and conditions of this **Policy**, in case of occurrence of an **Insured Event**, for the type of insurance benefit.

## Temporary Work Incapacity

means a temporary Inability as a result of **Accident** which prevents **You** to perform **Your** usual work activity which is a source of income or remuneration under an employment contract and/or to practice a profession or perform any other agreement, as certified by **Doctor**, which is not a **Permanent Total Disablement**.

## الوثيقة

المستند الذي يحدد المزايا، والشروط، والأحكام، والاستثناءات لتأمينك، والتي تبدأ اعتبارًا من تاريخ بدء التأمين.

## القسط

المبلغ الموضح في شهادة التأمين أو في أي ملحق لاحق لها.

## فترة التأهيل

الفترة الزمنية التي تلي تاريخ بدء التأمين والتي لا تكون خلالها المزايا مستحقة الدفع.

## فترة إعادة التأهيل

الفترة الزمنية التي يجب انتظارها قبل أن تصبح مؤهل لتلقي المزايا بموجب مطالبة جديدة عن نفس القسم من التغطية.

## المرض

أي تغيير في حالتك الصحية يحدث خلال فترة التأمين، ولا يكون ناتجًا عن حادث، ويتم تشخيصه وتأكيد من قبل طبيب. وتُعد جميع الإصابات والتبغات الناتجة عن نفس المرض، وكذلك جميع الحالات الناتجة عن أسباب متشابهة أو ذات صلة، مرضًا واحدًا.

إذا كانت الحالة ناتجة عن نفس السبب الذي نتج عنه مرض سابق، أو عن أسباب ذات صلة به (بما في ذلك التبغات والمضاعفات الناجمة عن المرض السابق)، فسيُعتبر المرض استمرارًا للمرض السابق وليس مرضًا مختلفًا.

## الدراسة

### التوقف عن الدراسة

فترة زمنية لا تقل عن 60 يومًا، يتعذر خلالها على طفلك حضور المؤسسة التعليمية لأسباب طبية، بناءً على نصيحة طبيب.

## مبلغ التأمين

المبلغ الموضح في جدول المزايا والذي يحدد الحد الأقصى لمسؤوليتنا.

## جدول المزايا

توضح مقدار ما سندفعه بموجب الشروط والأحكام الواردة في هذه الوثيقة، في حال وقوع حادث مؤمن عليه، لنوع المنفعة التأمينية.

## عجز العمل المؤقت

يعني عدم القدرة المؤقتة الناتجة عن حادث، والتي تمنعك من أداء عملك المعتاد الذي يمثل مصدر دخل أو أجر بموجب عقد عمل و/أو من مزاولة مهنة أو تنفيذ أي اتفاق آخر، وذلك وفقًا لما يقرره الطبيب، على أن لا يكون هذا العجز عجزًا كليًا دائمًا.

### **Terrorism**

Any act, including but not limited to the use of force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organisation(s) or government(s) committed in the pursuit of War or for political, religious or ideological purposes or reasons including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear.

### **Unemployment/unemployed**

Shall mean the unintentional and involuntary situation of a person who, being able to and being willing to work as an employee, loses their job and stops receiving a salary. Unemployment guarantees provided in this Policy do not apply for persons who resign without important reasons as defined by law.

### **Waiting Period**

The period of time at the beginning of a **Work Incapacity or, Unemployment** for which benefits are not payable.

### **War**

Military action, either between nations or resulting from civil war or revolution.

### **We, us or our**

Qatar Insurance Company Q.S.P.C., a company incorporated under the laws of the State of Qatar with commercial registration number 20 and authorised and regulated by the Qatar Central Bank and having its registered office at Tamin Street, West Bay, Doha, Qatar.

### **You, Your or Yourself**

The Insured person and policyholder named on the Insurance Certificate.

### **الإرهاب**

أي فعل، بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - استخدام القوة أو العنف و/أو التهديد بهما، يرتكبه أي شخص أو مجموعة من الأشخاص، سواء كانوا يتصرفون بمفردهم أو نيابة عن أو بالتعاون مع أي منظمة أو حكومة، ويكون ذلك في سياق حرب أو لأغراض أو دوافع سياسية أو دينية أو أيديولوجية، بما في ذلك النية في التأثير على أي حكومة و/أو بث الخوف في نفوس الجمهور أو أي فئة منه.

### **البطالة / عاطل عن العمل**

عني الحالة غير المقصودة وغير الطوعية التي يجد فيها الشخص نفسه، رغم قدرته واستعداده للعمل كموظف، قد فقد وظيفته وتوقف عن تلقي راتبه. ولا تنطبق ضمانات البطالة المنصوص عليها في هذه الوثيقة على الأشخاص الذين يستقيلون دون أسباب جوهريّة كما هي معرفة بموجب القانون.

### **فترة الانتظار**

الفترة الزمنية في بداية حالة العجز عن العمل أو البطالة التي لا يتم الدفع خلالها أي مستحقات.

### **الحرب**

عمل عسكري بين دول أو ناتج عن حرب أهلية أو ثورة.

### **نحن، لنا أو خاصتنا**

شركة قطر للتأمين ش.م.ق، شركة تأسست وفقاً لقوانين دولة قطر وتحمل السجل التجاري رقم 20، وهي مرخصة وخاضعة لتنظيم مصرف قطر المركزي، ويقع مكتبها المسجل في شارع تأمين، منطقة الخليج الغربي، الدوحة، قطر.

### **"أنت" أو "لك" أو "نفسك"**

الشخص المؤمن عليه وحامل وثيقة التأمين كما هو مذكور في شهادة التأمين.